

До проблеми алергидів при кандидозній інфекції шкіри, піодерміях та еритразмі

Бочаров В.А.[†], Гунькова В.В.[‡], Блохіна А.С.[§], Пугач Г.В.[†]

[†] Запорізький державний медичний університет

[‡] Роменська центральна районна лікарня Сумської області

[§] Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

К ПРОБЛЕМЕ АЛЛЕРГИДОВ ПРИ КАНДИДОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КОЖИ, ПИОДЕРМИЯХ И ЭРИТРАЗМЕ

Бочаров В.А., Гунькова В.В., Блохина А.С., Пугач Г.В.

Стандартное лечение кандидозной инфекции кожи, пиодермии и эритразмы нередко способствует развитию аллергидов на коже.

CONCERNING A PROBLEM OF ALERGIDS UNDER CANDIDIAL SKIN INFECTION, PYODERMAS AND ERYTHRASMA

Bocharov V.A., Hunkova V.V., Blokhina A.S., Pugach H.V.

The standard treatment of candidial skin infection, pyodermas and erythrasma often favours the development of skin allergids.

Постановка проблеми, її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями. Алергіди (*allergida* = алергія + від грецьк. – *eides* – подібний) – загальна назва висипок алергічної природи. Зазвичай, це віддалена від основної ділянки ураження висипка на шкірі у вигляді еритематозних плям, міхурців, запальних папул, які супроводжуються сверблячкою. Ці морфологічні елементи нерідко утворюються у хворих на епідермофітію, еритразму, кандидоз шкіри, хронічну рецидивуючу піодермію. У випадках, коли висипки алергічної природи виникають у хворих на мікози, вони називаються мікоалергіди (*mycoallergida* = міко- + алергіди), у хворих на піодермії – піоалергіди (*pyoallergida* = піо- + алергіди; *син.* піеміди); при кандидозній інфекції шкіри алергіди інколи називають левуридами – від французького *Levures* – дріжджі [1-4].

Проблема розвитку даного роду висипки при поверхневих мікозах та піодерміях залишається до кінця не з'ясованою. Є протилежні дані про патогенетичні механізми виникнення алергидів:

- за даними одних авторів, вони виникають частіше після початку етіотропного лікування; це може бути пов'язано з масовою загибеллю збудників захворювання в результаті проведення лікування, що не відповідає стадії патологічного процесу [5-7];

- за даними інших – алергічна висипка може

виникати в результаті сенсibiliзації організму до збудника.

Потребують подальшого удосконалення методи як лікування, так і профілактики розвитку алергидів при цих захворюваннях, бо таке ускладнення є однією з провідних причин тривалої втрати працездатності пацієнтами.

Робота є фрагментом комплексної НДР Запорізького державного медичного університету та Донецького національного медичного університету «Удосконалення діагностики, профілактики та лікування дерматовенерологічних захворювань у осіб, що зазнали впливу шкідливих факторів виробничого та навколишнього середовища», № держреєстрації 0208U004249.

Мета дослідження – вивчити частоту виникнення алергічної висипки у хворих поверхневими мікозами та піодерміями, з'ясувати можливі механізми розвитку даного виду ускладнень перебігу цих захворювань.

Матеріали та методи. Під наглядом знаходилось 90 хворих (60 чоловіків та 30 жінок) з еритразмою, кандидозною інфекцією шкіри, змішаною стрепто-стафілодермією (по 30 хворих з кожним із вищеподаних дерматозів); вік хворих – від 20 до 60 років. Усі хворі репрезентативно розподілялись (при всіх названих діагнозах) на дві порівняльні групи:

- хворі з ознаками алергій на шкірі;
- хворі без ознак алергій на шкірі.

Хворим проводилось лікування за стандартними методиками, які прийняті в Україні (Наказ МОЗ від 07.06.2004 р. № 286).

Серед хворих з вульгарним імпетиго (змішана стрепто-стафілодермія), що були під наглядом, клінічна картина співпадала з проявами, які характерні імпетиго стрептококовому, остіофолікулітам і фолікулітам. У 25 з 30 (83,3 %) хворих на запалений, гіперемованій шкірі обличчя, відкритих ділянках кінцівок відмічались фліктени, остіофолікуліти та фолікуліти, оточені обідком гіперемії. Під час розвитку патологічного процесу на шкірі утворювались ерозії круглої та неправильної форми з рожево-червоним, дещо кровоточивим дном, товсті, грубі, солом'яно-жовті, «медові» кірки. У 5 (16,7%) хворих ділянки вульгарного імпетиго мали здатність до периферичного росту, часто зливались між собою, залучаючи значні ділянки шкіри; у цих хворих відмічалось болюче збільшення близько розташованих до ділянки ушкодження лімфатичних вузлів, підвищення ШОЕ, помірний лейкоцитоз.

У 15 з 30 (50 %) хворих з вульгарним імпетиго відмічалась наявність піоалергій, які характеризувались раптовою появою еритематозних плям з незначним лущенням, папуло-везикул, пустул, розташованих симетрично на шкірі тулуба та кінцівок. У 7 з 15 (46,7 %) хворих на шкірі долонь та ступнів з'являлися щільні на дотик пухирці. Ці піоалергії зазвичай супроводжувались помірною сверблячкою шкіри, а у 6 (40 %) хворих з піоалергіями – загальними проявами у вигляді погіршення загального стану (головний біль, розбитість, слабкість) та підвищенням температури (до 37,5°C). У трьох (20 %) хворих підвищення температури тіла передувало появі піоалергій. Вісім з 15 (53,3 %) хворих з вульгарним імпетиго, у яких відмічались піоалергії, їх появу зв'язували з проведенням лікування (зазвичай, на 3-5-й день після його початку).

У 18 з 30 (60 %) хворих на кандидоз шкіри спостерігалась інтритригінозна форма захворювання – частіше ушкоджувались:

- великі складки шкіри в області стегон, пахових, пахвинних, сідничних областях, під молочними залозами (у жінок);
- складки живота та шиї – у людей з надмірною масою тіла;
- складки шкіри за вушними раковинами.

Частіше – у 12 з 18 (66,7 %) хворих ушкоджувались кандидозною інфекцією декілька складок одночасно, рідше – у 6 (33,3 %) хворих – одна група складок.

Дисгідротична форма поверхневого кандидозу спостерігалась у 8 з 30 (26,7 %) хворих; при цьому відмічалась поява великої кількості везикул у міжпальцевих складках кистей та ступнів, а на долонях та підшвах – глибоко розташовані везикули, що просвічувались з-під рогового шару епідермісу. У чотирьох (13,3 %) хворих спостерігались кандидозні ураження шкіри в області заднього проходу; при цьому відмічалась поява еритематозно-сквамозних осередків з поліциклічними контурами, з наявністю на периферії еритематозної та набряклої зони.

Клінічні прояви левуридів на шкірі, які спостерігались у 15 (50 %) хворих, були різноманітними і локалізувалися на різних частинах тіла (на тулубі, кінцівках, внутрішній поверхні стегон). Частіше спостерігались плямисті, еритематозно-сквамозні, папульозні елементи – у 10 з 15 (66,7 %) хворих; рідше спостерігались бульозні елементи – у трьох (20 %) хворих або такі, що нагадували себореїний процес – у двох (13,3 %) хворих.

Сверблячка шкіри супроводжувала появу левуридів у всіх випадках і локалізувалась як безпосередньо в осередку кандидозного ушкодження, так і в області алергічної висипки. Вона у 9 з 15 (60 %) хворих була інтенсивною, і спостерігались зміни психофізіологічного стану хворих (нервозність, безсоння, незадовільне загальне самопочуття). У двох (13,3 %) хворих розчухування шкіри призводило до утворення проявів екзематизації.

У 30 хворих з еритразмою клінічні прояви були у вигляді багряно-червоних плям з гладкою або лущеною поверхнею, що зливаються; лусочки – мілкі, тонкі, висівкоподібні, досить міцно прикріплені на ділянках ушкодження. Процес локалізувався на шкірі внутрішньої поверхні стегон у місцях прилягання калитки (у чоловіків); при цьому шкіра калитки до процесу не залучалась. У 14 (46,7 %) хворих розвивалась попрілість (переважно у жінок з локалізацією висипки під молочними залозами).

У 15 (50 %) хворих з еритразмою алергії (мікіді) проявлялись у вигляді еритематозно-сквамозних плям, розташованих на тулубі та верхніх кінцівках; вони супроводжувались доволі інтенсивною сверблячкою шкіри, розчуху-

ванням з утворенням екскоріацій. Не вдалося встановити конкретні чинники, які призвели до розвитку мікідів у хворих з кандидозною інфекцією шкіри та еритразмою.

Результати та їх обговорення. Отримані дані свідчать про те, що як при поверхневих мікозах, так і при піодерміях можуть розвиватись алергії на шкірі у різноманітній формі.

Сучасні дослідники стверджують, що наявність більш частого і більш виразного алергічного компонента у наш час є особливістю кандидозної інфекції.

Алергічні форми кандидозів є різноманітними та, у залежності від клінічних симптомів, бувають обмеженими або дисемінованими й відрізняються за ступенем тяжкості перебігу; при цьому зміни виявляють не тільки на шкірі, але й в інших органах та системах організму (дихання, травлення і т. п.).

На відміну від справжніх кандидозів, у леверидях не знаходять гриби. У виникненні вторинної алергічної висипки на шкірі при кандидозі відіграють роль різноманітні фактори (використання зовнішніх лікарських препаратів, гігієнічні засоби та ін.).

До частих проявів кандидозної алергії відносять сверблячку шкіри, яка може бути як локалізованою, так і поширеною; при її наявності джерело сенсibilізації (кандидоз) може бути на шкірі, слизових оболонках та внутрішніх орга-

нах (у тому числі – в кишечнику).

У деяких випадках єдиною ознакою кандидозної інфекції та обумовленої нею алергії можуть стати локальні прояви (сверблячка шкіри повік, заднього проходу, вульви, вагіни, калитки). Сверблячка калитки нерідко є симптомом кандидозно-алергічного процесу в сечових та статевих органах або в кишках. Наявність сверблячки та печії в області зовнішніх статевих органів, особливо у сполученні з сирнистими виділеннями, може бути проявом не тільки кандидозного вульвовагініту, але й кандидозу кишок, заднього проходу та ін. Нестерпна тривала сверблячка в області заднього проходу в найбільшій мірі характерна для кандидозу кишок.

У меншій мірі особливості розвитку алергій вивчені при еритразмі.

Висновки. Найбільш частою причиною розвитку алергій при поверхневих мікозах шкіри та хронічних піодерміях є проведення неадекватного лікування, яке не відповідає стадії захворювання. У той же час підвищена сенсibilізація організму може залежати від функціональних порушень з боку органів травлення, нейроендокринної системи.

Перспективою подальших досліджень може стати з'ясування конкретних молекулярних механізмів розвитку алергій при поверхневих мікозах шкіри та піодерміях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мавров И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина. – Харьков: «Факт», 2007. – 792 с.
2. Sobel J.D. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*, an emerging problem / J.D. Sobel // *Mycoses*. – 1998. – Vol. 41. - Suppl. 2. – P. 18-22.
3. Кубась В.Г. Некоторые аспекты патогенеза кандидоза / В.Г. Кубась, В.П. Федотов // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология*. – 2002. - № 1-2 (5). – С. 23-28.
4. Грибковые болезни и их осложнения. Клиника, диагностика, лечение: Руковод для врачей / В.В. Кулага, И.М. Романенко, С.Л. Афонин, С.М. Кулага. – Луганск: Элтон-2, 2006. – 520 с.
5. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции: Руковод. для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: Бином-пресс, 2003. – 440 с.
6. Оценка стафилококковой и нелипофильной дрожжевой микрофлоры кожи у больных с кожной патологией при контактном способе посева / В.Г. Арзуманян, Е.В. Зайцева, Т.Н. Кабаева, Р.В. Темпер // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2004. - № 6. – С. 3.
7. Кутасевич Я.Ф. Новые возможности лечения бактериальных инфекций кожи / Я.Ф. Кутасевич, А.Н. Огурцова // *V научн.-практич. конф. «Актуальные вопросы патологии кожи и урогенитальных инфекций»*. – Одесса, 2007. – С. 64-65.